

# CT検査依頼票

カナ 氏名	様	診療科(外来・入院)	指示医師
		検査年月日	検査時間
		術式 Plain・Enhance・Dynamic	体重 k g
		患者移動 歩行・車椅子・ベット・ストレッチャー	
		感染症(＋・－) MRSA・HB・HCV・ワ氏・その他 ( )	

頭部	脳		肝臓	胸部	肺
	その他		胆嚢		縦隔
頭頸部	顔面	腹部	脾臓	背髄	その他
	眼窩		脾臓		頌椎 ( 中心に)
	副鼻腔		腎臓		胸椎 ( 中心に)
	側頭骨		副腎		腰椎 ( 中心に)
	頌部		骨盤腔		その他 ( )
	甲状腺		その他 ( )		
CTA	冠動脈			四肢	上肢 ( )
	下肢動脈				下肢 ( )
	大動脈				その他 ( )
	その他 ( )				

検査目的・指示事項 (必ず記入をお願いします)	<input type="checkbox"/> 読影希望

撮影部位		
術式	単純	造影
電子画像 管理加算	有	無
CD・DVD	枚	

担当技師		
造影剤		数量
イハ°ミド-ル370注リツヅ 100mL 「F」		
イハキリル300注リツヅ 100mL 「F」		
ムニハ°-ク240注リツヅ 100mL		
ビ°リス北°ヲ点滴静注50 100mL		

医療材料	数量
生食(20m l)	
生食(100m l)	
生食(250m l)	
ミオコールスプレー 0.3mg	
コアベータ注射用 12.5mg	
リツデ°ヲ注2mg(0.4%)0.5mL	